

# QUESTIONNAIRE D'IDENTITE

## FORMATION AIDE-SOIGNANTE PROMOTION 2022/2023



Institut de Formation  
En Soins Infirmiers  
Filière DEAS

### ETAT CIVIL

Nom de famille ..... Nom d'usage .....

Prénoms .....

Sexe (F/M) ..... Date de naissance .....

Lieu de naissance : ..... Département ..... Nationalité .....

Téléphone portable : ..... Téléphone fixe : .....

Adresse e-mail.....

N° Sécurité Sociale (15 chiffres)    \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Situation famille  Célibataire     Marié(e)     Concubinage     Pacsé(e)     Divorcé(e)     Séparé(e)

Nom et prénom du conjoint .....

Nombre d'enfants ..... Age des enfants .....

#### RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

#### AUTRE RESIDENCE (des parents par exemple)

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Téléphone fixe.....

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Lien de l'étudiant(e) avec la personne .....

Nom – Prénom .....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Téléphone fixe.....Téléphone portable.....

| ETUDES   |                        |            |             |                                       |
|--|------------------------|------------|-------------|---------------------------------------|
| Niveau scolaire                                  | Nom de l'établissement | Date début | Date de fin | Diplômes obtenus<br>Année d'obtention |
| Merci d'indiquer le diplôme le plus élevé obtenu |                        |            |             |                                       |
|  |                        |            |             |                                       |

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

| Employeur<br>et adresse de<br>l'établissement | Fonction  | Contrat          |            |          |              |
|---|-----------|------------------|------------|----------|--------------|
|   |           | Type CDD/CDI/... | Date début | Date fin | Motif de fin |
|   |           |                  |            |          |              |
| Employé(e) des HUS                            | Matricule | Date d'entrée    | UF         | Service  |              |
|   |           |                  |            |          |              |

## QUELLE EST VOTRE SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Jeune en poursuite d'études</b><br><i>(vous ne bénéficiez pas d'allocation du pôle emploi)</i> | <p><b>Pièce à joindre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Une copie du certificat de scolarité dans un établissement de formation initiale pour l'année scolaire immédiatement précédente</li> </ul> <p><b>Pour les jeunes n'étant plus inscrits dans un établissement de formation initiale à l'année N-1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ le dernier certificat de scolarité dont il dispose (N-2)</li> <li>⇒ le cas échéant, une attestation de formation de préparation au concours</li> <li>⇒ une attestation sur l'honneur qu'il est en poursuite d'études</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi non démissionnaire</b>  | <p>Pièce à joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ C.V. détaillé</li> <li>⇒ attestation d'inscription à Pôle Emploi (précisant la date d'inscription en tant que demandeur d'emploi, le numéro d'identifiant Pôle Emploi et l'adresse de l'Antenne Pôle Emploi de rattachement)</li> <li>⇒ copie du ou des derniers contrats de travail (fin CDD) ou du formulaire d'homologation de rupture conventionnelle (rupture d'un CDI)</li> </ul>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Salarié</b><br><i>(si vous êtes toujours sous contrat avec votre employeur)</i>                | <p>Nom de l'établissement :</p> <p>Adresse de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle</li> <li><input type="checkbox"/> Formation continue (plan de formation)</li> <li><input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière</li> <li><input type="checkbox"/> Autre, précisez.....</li> </ul>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Salarié démissionnaire, en disponibilité, en congé sabbatique ou en congé parental</b>         |  |

**Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.**

Date :

Signature :

Signature des parents pour les mineurs :  
*(précisez le lien avec l'élève)*